

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

915

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Michel SZRYRO

Né le 5 Janvier 1914 à Kharbine (Mandchourie)

**Essai de mise au point
de la question des Infantilismes**

Président : M. LÉON BINET, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel SZRYRO

Né le 5 Janvier 1914 à Kharbine (Mandchourie)

Essai de mise au point de la question des Infantilismes

Président : M. LÉON BENET, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clotis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N..
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIB.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) . .	Pathologie médicale.
Justin BESANÇON . . .	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie Médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM

LACOMME	Parasitologie.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Obstétrique.
LAVIER	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
MIL J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS . . .	Anat. pathologique.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALCLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUA	Pharmacologie.
CHAILLEV-BERT	Physiologie.
GUENOT	Obstétrique.
HEITZ-BUYER	Pathologie chirurgic.

MM

LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Patholog. chirurgicale
NEVEU-LEMAIRE	Obstétrique.
VAUDESCAL	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM

ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM

BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE (*in memoriam*)

A MA MÈRE, A MON FRÈRE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LÉON BINET

Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Necker

Officier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de notre respectueuse
gratitude pour le grand honneur qu'il
a fait en acceptant de présider cette
thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR BINET

M. LE DOCTEUR TINEL

M. LE DOCTEUR LEROUX

INTRODUCTION

Il semble que l'on ait abusé dans la littérature du terme générique d'infantilisme.

Il est d'ailleurs assez difficile de donner une définition claire et succincte de ce terme, ni de définir les caractères généraux des diverses affections que l'on a voulu inclure dans ce cadre général.

Une tendance trop marquée a cherché à ramener tous les syndromes similaires ou voisins à une étiologie purement hypothysaire.

Dans l'ignorance même où nous nous trouvons de tous les mécanismes obscurs hormonaux, inter-hormonaux, sinon poly-hormonaux, des syndromes dont la préhypophyse représente le point de départ pathogénique, la prudence même exige que de temps en temps, au cours de l'évolution des constatations cliniques ou nécropsiques, on marquât un temps d'arrêt pour tenter de faire le point.

La synthèse à laquelle nous nous sommes livré n'a pas d'autre prétention que de chercher dans une série de problèmes connexes et obscurs à apporter

un peu de clarté en montrant les liens qui associent certains syndromes voisins ou les cloisons qui les séparent.

Si, d'autre part, nous avons essayé de passer en revue les diverses thérapeutiques, ce n'est que dans le but de rassembler en peu de mots, la totalité des connaissances de ce que nous croyons actuellement réaliser la meilleure conduite à tenir en présence des symptomatologies à peu près similaires.

Mais, il nous faut bien concevoir qu'en l'absence de données étiologiques précises, nous réalisons parfois des thérapeutiques sinon d'empirisme, du moins d'expectative et que, jusqu'à ce que la pathogénie des infantilismes ait été clairement élucidée, il n'existe pas de thérapeutique spécifique de ce groupe d'altérations somatiques et psychologiques de l'individu.

CHAPITRE PREMIER

L'INFANTILISME EN GÉNÉRAL

L'infantilisme n'est pas un syndrome. C'est un ensemble de symptômes, ensemble encore mal délimité et peu précis.

Sous ce nom on englobe en effet, un nombre considérable de syndromes d'origine variée qui n'ont souvent de commun qu'une impression plus ou moins précise de retard dans la croissance et dans le développement de l'individu, retard aussi bien morphologique que psychique et génésique.

Suivant la définition de Brissaud et Meige, l'infantilisme est la « persistance après la puberté des caractères de l'enfance ».

Cela, nous le verrons, n'est qu'une définition limitée à l'un des aspects du problème et nous dirons :

L'infantilisme est l'état des sujets qui ont conservé, à un âge où ils ne subsistent généralement pas, les caractères morphologiques, physiologiques, psychologiques de l'enfance.

Les signes indiquant un tel retard seront plus ou moins au complet, plus ou moins nets et c'est par comparaison qu'on pourra établir l'infantilisme dans certains cas.

La discrimination sera donc difficile dès le début où commence la maladie à proprement parler.

Nous allons citer une observation d'un cas d'infantilisme très pur car il semble qu'on ait intérêt de voir le malade avant de faire une description abstraite.

Voici donc une observation de Miller et Peltier (Journal Médical de Québec) :

Gérard B..., jeune homme de dix-huit ans, ayant des antécédents héréditaires chargés : sa mère a eu vingt-huit grossesses dont sept fausses couches. Huit enfants seulement ont survécu. Chez le malade, éruption dentaire précoce débutant à quatre mois, mais il commence à marcher tard, vers trois ans et demi, le rachitisme ayant retardé son développement physique.

Pleurésie purulente avec costotomies à l'âge de douze ans. Eruption eczémateuse à répétition, rebelle à tout traitement.

Dans l'ensemble, croissance pénible et retardée. Par ailleurs, on observe un retard notable dans

le développement mental : irrégularité à l'école, indocilité, vagabondage, menus vols dont le dernier l'amène dans un établissement de surveillance.

Il est hospitalisé en sortant de cet établissement, le séjour n'ayant, bien entendu, nullement profité au malade.

Examiné lors de son admission à l'hôpital à l'âge de quinze ans, on constate un retard considérable dans son développement. Il peut à peine lire et son niveau intellectuel ne dépasse par un âge mental de huit ans.

Poids : 65 livres, taille : 1 m. 30 cm.

La puberté est à peine ébauchée, ne se manifestant que par quelques rares poils au pubis.

A l'âge de dix-neuf ans, une seule transformation notable : les organes génitaux et la pilosité pubienne se sont développés.

La tête reste petite, mal proportionnée avec le reste du corps.

La voix est aiguë, incomplètement muée.

La croissance est surtout en longueur : le thorax est grêle, les membres longs et étroits, les muscles pour ainsi dire inexistant.

Les facultés psychiques du sujet ont subi des variations et se rapprochent des limites inférieures

de l'intelligence normale. Néanmoins, le sujet reste naïf, suggestible, instable de caractère et pusillanime.

Voici donc un malade qui nous permettra de donner un aperçu sur les caractères généraux de l'infantile.

La taille est réduite, l'infantile est le plus souvent petit.

Cependant, il peut grandir et il peut même dépasser la taille normale : infantilisme ne signifie nullement nanisme.

En effet, un nain a tous les caractères de l'adulte à part la taille. Il n'est en principe ni déficient mental, ni déficient sexuel, ses cartilages de conjugaison sont soudés, ils ne le sont pas chez l'infantile. On peut, cependant, voir des cas de nanisme où il y a un retard aussi bien morphologique que psychique et génésique (certains cas de nanisme rénal avec infantilisme. Schachter dans la « Revue Médic. Franç. ». Juin 1933.)

L'aspect général répond bien à la définition. En effet, l'infantile est frêle, les membres sont longs et graciles, les masses musculaires très peu développées et masquées par les bourrelets de tissu adipeux de l'enfance.

Le squelette n'est pas développé ; les os sont fragiles et relativement souples, les cartilages des

conjugaisons persistent, le thorax est étriqué, le bassin étroit.

L'état génital est également en désaccord avec l'âge du sujet. Les organes génitaux ne sont pas développés, la verge est petite, les testicules petits et souvent ectopiques, le pubis glabre ainsi que les aisselles. Absence totale d'appétit sexuel.

On peut dire avec Langeron que la sexualité de l'infantile est latente, « en sommeil ».

Nous ouvrirons une brève parenthèse pour remarquer qu'il ne faut nullement confondre l'infantilisme avec l'eunuchisme.

Si la castration entraîne la disparition ou tout au moins, la régression des caractères sexuels secondaires, l'eunuque n'en reste pas moins un adulte, de taille élevée, obèse et gras le plus souvent. Son psychisme est évolué et l'intelligence normale.

Chez la femme, l'infantilisme est moins apparent, même dans les cas typiques.

Aménorrhée primitive par hypoplasie génitale, hyperfolliculinémie, atrichose totale du corps et tissu adipeux excessif.

Il en fut ainsi dans un cas observé par Porot (Alger Médical, 1937), concernant une jeune fille de quinze ans chez laquelle on constatait un type juvénile correspondant à l'âge de onze à douze ans, de l'aménorrhée primitive, des troubles de nutri-

tion et un métabolisme basal fortement abaissé. Il existait en outre de l'amaigrissement et des troubles psychiques légers. Des troubles dysendocriniens et l'hypoglycémie à zéro 0,70 complétait ce tableau. Le psychisme chez un infantile est caractérisé avant tout par l'instabilité et le puérilisme, incapacité totale d'effectuer un travail quelconque, le manque d'instinction entre le bien et le mal. Cependant, on ne peut formuler aucune règle précise à cet égard.

Ainsi, dans l'observation que nous venons de citer, le retard morphologique et génital fut considérable, le retard psychique bien moins prononcé et relativement sans importance.

L'intelligence peut être normale ou légèrement affaiblie, elle peut, au contraire, être pour ainsi dire nulle, l'individu étant dans l'état d'idiotie complète.

Il n'existe pas un infantilisme mais des infantilismes, ce terme n'étant qu'un groupement symptomatique très variable.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE ET CAUSES PATHOGÉNTQUES DE L'INFANTILISME

Les troubles de la croissance : croissance générale tissulaire, croissance génitale, croissance osseuse qui commande la taille, formation mentale, sont déterminées par des facteurs multiples.

La croissance est un phénomène complexe soumis aux influences nombreuses.

Les glandes endocrines jouent dans cette détermination un rôle essentiel démontré aussi bien par la clinique que par les expériences de laboratoire.

Les facteurs héréditaires sont importants également, de même que l'alimentation et en particulier l'apport en vitamines.

Ainsi, le dysfonctionnement de la thyroïde provoque un arrêt du développement génital chez les myxoédémateux d'où valeur de l'opothérapie thyroïdienne.

Les glandes génitales contrôlent l'apparition et le développement des caractères sexuels secondaires. Elles exercent une action frénatrice sur la croissance : les eunuques castrés avant l'arrêt de leur croissance, sont souvent de haute taille, les membres sont trop longs, hors de proportion avec le tronc.

Le thymus a une action sur la croissance génitale et osseuse.

Mais surtout, le lobe antérieur de l'hypophyse joue un rôle capital dans la régulation de la croissance aussi bien directement que par l'intermédiaire des glandes génitales, de la glande thyroïde, des glandes surrénales.

Le système nerveux, en particulier la région tubérienne, juxta-hypophysaire agit également (infantilisme et tumeurs du plancher du troisième ventricule).

Ainsi, les glandes endocrines de l'organisme participent toutes plus ou moins à assurer la croissance, leur insuffisance ou plus exactement les troubles de leur fonctionnement contribuent à créer le ou les infantilismes.

L'hypophyse par l'intermédiaire des gonadostimulines et par l'intermédiaire de la thyroïde stimuline paraît véritablement être la glande qui a le rôle prédominant dans la création de ce syndrome.

La régulation physiologique si complexe établie par les travaux de Harvey, Cushing, Loeb pour ne citer que les précurseurs, laisse prévoir la multiplicité des mécanismes par lesquels peut être réalisé l'infantilisme en même temps qu'elle explique la multiplicité des aspects cliniques.

Nous avons vu combien pouvait être complexe la pathogénie de l'infantilisme.

Parmi les causes pathogènes, l'hérédité joue un grand rôle. Tel l'enfant dont nous avons cité l'observation, fils de père douteux au point de vue spécifique, et d'une mère ayant eu vingt-huit grossesses dont sept se terminèrent par des fausses couches, treize autres enfants étant morts en bas âge.

La syphilis héréditaire ou plus rarement acquise (Ellis - Syphilitic infantilism), la tuberculose, évoluant en général dans un milieu de misère physiologique contribuant ainsi à créer l'infantilisme du type Lorain, d'autres infections de natures très diverses sont des causes pathogènes nullement négligeables. La typhoïde, la lèpre même (Tuong-van-que. Bull. de la Société Médicale et Chirurgicale de l'Indochine), peuvent servir de point de départ.

Il peut s'agir d'autres affections tel le cas d'infantilisme avec polypose intestinale, cité par Bensaude, Hillemand et Clugier (Bull. et Mém. Sté

Médicale des Hôp. de Paris, 1932). Parfois l'infantilisme a pour cause apparente une intoxication exogène ou endogène, une carence (retard de développement dans les populations soumises aux privations), et la misère physiologique.

D'ailleurs, dans ce dernier cas, on ne peut pas le plus souvent incriminer la tuberculose.

Enfin, il peut s'agir d'une cause précise, destructive, par exemple une tumeur hypophysaire ou un traumatisme.

Ces causes peuvent agir à des moments variables du développement individuel : frappant avant la puberté, elles donneront lieu au retard ou à l'absence quasi totale d'évolution ultérieure.

C'est là le véritable infantilisme, celui dont nous nous occuperons surtout.

Au contraire, frappant après la puberté, ces causes arrêteront le développement, elles pourront même le faire régresser, constituant ainsi l'infantilisme régressif de Gandy.

En résumé, on voit combien nombreuses sont les causes et par suite combien seront polymorphes les aspects cliniques.

Mais l'infantilisme n'est pas une manifestation endocrinienne isolée bien qu'il soit fréquent de voir une note dominante, tenant à l'atteinte de l'hypo-

physe, de la thyroïde ou de toute autre glande à sécrétion interne de l'organisme.

L'infantilisme est avant tout une perturbation de la fonction non d'un organe. Même si le point de départ est localisé à un organe précis, le trouble s'étend aux autres organes et déborde le cadre organique pour intéresser la fonction. Il suppose ainsi, un trouble général et des manifestations générales.

CHAPITRE III

FORMES CLINIQUES DE L'INFANTILISME

On peut dire avec M. le professeur Achard qu'il peut s'agir d'infantilisme général, lorsque les trois catégories des troubles, troubles psychiques, troubles génitaux et troubles morphologiques sont réunis, ou d'infantilisme partiel, l'une de ces catégories ou deux d'entre elles venant à faire défaut.

Ce sont surtout les formes générales, celles où l'on peut trouver l'infantilisme à l'état pur ou presque pur qui nous occuperont dans l'étude des formes cliniques.

Infantilisme du type Brissaud. — Il s'agit d'individu à faciès bouffi, les poils rares et secs, les organes génitaux atrophiés, les fonctions génitales absentes. La dentition est mauvaise, le cartilage de conjugaison non soudé, taille le plus souvent réduite, les troubles psychiques sont en général très prononcés : parole lente, mémoire défectueuse, puérilisme, instabilité extrême du caractère qui se

manifeste par des sautes d'humeur inexplicables et à d'autres moments, par un état d'euphorie qui voisine de l'imbécillité complète. C'est un syndrome d'origine thyroïdienne. Il s'agit souvent, en effet, de myxoœdémateux congénital sans qu'on puisse l'ériger en règle absolue. C'est, en somme, l'aspect que présentait le malade de l'observation de Miller et Pelletier, de même que le malade dont nous aurons l'occasion de reparler.

Infantilisme du type Lorain. — Brissaud avait d'abord donné le nom d'infantilisme type Lorain à un état corporel notablement différent de celui de l'infantilisme thyroïdien ; il reconnaissait que le nom même d'infantilisme ne convenait exactement aux cas de ce genre et il jugeait qu'il était préférable de renoncer à cette désignation pour éviter des confusions.

Nous rappellerons à ce propos que nous avons adopté une définition plus large des infantilismes, ce qui nous permet de faire entrer l'infantilisme type Lorain dans le cadre de notre étude. Cependant, nous adopterons avec Bauer le terme de chétivisme pour désigner ce type de malade.

L'individu qui correspond à ce type est petit de taille, ce qui fait, qu'au premier abord, on peut le prendre pour un enfant ; mais là s'arrête la ressem-

blance ; « on dirait plutôt un adulte, mais un adulte vu par le gros bout d'une lorgnette ; les épaules sont larges, le bassin étroit, les saillies osseuses bien marquées ; les muscles, sans être forts, sont bien écrits, débarrassés de la gangue graisseuse de l'enfance.

« L'ensemble de ce petit homme présente plutôt une réduction à l'échelle de l'adulte qu'il devrait être normalement. »

En somme, toutes les parties de son corps ont subi les transformations qui font passer de l'habitus extérieur de l'enfance à la morphologie de l'adulte, à cela près qu'elles n'ont pas obéi aux lois générales de la croissance.

Mais, cet homme en miniature n'est cependant pas un adulte parfait : souvent, il lui manque la pilosité du mâle car il n'a de poils ni sur le visage, ni sur le pubis, ni dans les aisselles. Les organes sexuels sont pourtant bien conformés et proportionnés au reste de l'organisme.

Chez la femme, les proportions comme chez l'homme sont celles de l'adulte, mais tout est mal chez ces petits hommes ou ces petites femmes. Il n'est pas rare de trouver chez eux une absence complète de manifestations sexuelles, conséquence du trouble général de la nutrition.

L'intelligence est à peu près normale dans les deux sexes. Mais toutes les fonctions mentales sont, elles aussi, petites.

Les épiphyses peuvent être soudées mais ceci n'est pas constant. Le véritable caractère distinctif est ici d'ordre morphologique.

Les sujets en question sont donc des êtres débiles, produits d'une misère physiologique générale dont les facteurs étiologiques sont multiples. En première ligne, on a incriminé la tuberculose, surtout la tuberculose héréditaire et aussi l'hérédosyphilis, l'alcoolisme et d'autres intoxications. Les malformations cardiaques congénitales, le rétrécissement mitral sont aussi considérés comme des facteurs étiologiques importants. On a parlé en effet, d'un nanisme mitral, mais bien que l'on puisse voir le nanisme mitral associé à des signes d'ordre génital et même parfois psychique d'infantilisme, nous ne pouvons que rappeler une fois de plus que le nanisme et l'infantilisme ne sont pas synonymes. Il semble par ailleurs, que ces malformations cardiovasculaires ne sont, en général, que des manifestations d'un trouble plus général du développement, portant non seulement sur tout l'appareil circulatoire mais aussi sur les glandes endocrines et par suite sur la plupart des fonctions de l'organisme.

Les cas de transition ne sont pas rares. On rencontre des myxœdémateux ayant de l'anangioplasie et inversement il y a des « chétifs » avec lésions thyroïdiennes, peut-être secondaires.

Infantilisme du type Souques et Chauvet. — On appelle ces infantiles, infantiles hypophysaires. Assez souvent, l'atteinte hypophysaire fait sa preuve par l'existence d'autres troubles hypophysaires : diabète insipide, troubles de la vue, signes de tumeur hypophysaires.

Ainsi, dans un cas de Caussade et Abel, la preuve de l'origine hypophysaire du syndrome fut faite par l'apparition d'une hémianopsie bi-temporale et un agrandissement de la selle turcique à la radiographie du crâne.

Les signes d'infantilisme proprement dit sont extrêmement variables, parfois l'aspect du malade se rapproche sensiblement du type Brissaud, parfois, il en diffère par un psychisme plus évolué et une morphologie très capricieuse.

Nous serons brefs sur le syndrome de l'infantilisme réversif de Gandy, la définition même de l'infantilisme ne convenant qu'aux états primitifs.

Chez un adulte jusque-là normal, on observe la chute des poils, les fonctions sexuelles régressent

puis disparaissent et les organes génitaux s'atrophient progressivement.

Le corps s'épaissit et un certain degré de gynécomastie peut s'observer. Un certain état myxoédémateux s'installe de cette façon avec métabolisme basal abaissé et fréquemment il est associé avec les signes de la série hypophysaire. Ce syndrome est d'origine testiculaire plus souvent pluriglandulaire.

Cette forme peut servir de transition entre les infantilismes typiques tels : infantilisme de Brissaud et les infantilismes dits associés.

Infantilismes associés. — L'infantilisme réduit souvent aux troubles génitaux n'est qu'un phénomène accessoire masqué par d'autres phénomènes endocriniens.

Tels sont les infantilismes avec :

Etats *adiposo-hypo-génitaux*, syndrome de Babinisk-Frœlich où l'obésité domine. Ce syndrome n'apparaît que dans la grande enfance et provoque une hypotrophie génitale considérable.

Gigantisme hypophysaire : s'accompagne souvent d'infantilisme génital et psychique.

Troubles généraux de croissance et lésions viscérales. — Dans l'ensemble, ces troubles forment un

chéatif du type Lorain, mais avec une note nutritive marquée — tel le cas d'infantilisme avec diabète bronzé de Marcel Labbé (Bull. et Mém. de la Sté Médic. des Hôpitaux, Juillet 1934).

Syndrome pluriglandulaire de Claude et Gougerot. — Il s'agit d'une atteinte endocrinienne multiple ; on peut faire entrer dans ce cadre la cachexie hypophysaire ou syndrome de Simmonds et le sénilisme précoce ou Progéria qui, par l'absence de sexualité, par le psychisme puéril, par l'atrophie musculaire et générale, se rapproche de l'infantilisme.

Ainsi donc les infantilismes de Brissaud, de Lorain, de Souques sont à peu près purs, ce sont des infantilismes généraux où sont associées les trois catégories de troubles morphologiques, psychiques et génitaux. Mais il y a aussi une note endocrinienne qui n'est cependant pas dominante dans la plupart des cas.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Nous serons brefs sur ce chapitre ; d'après notre définition même, le problème consiste non pas dans la différenciation de l'infantilisme d'un syndrome autre que celui de Brissaud, de Lorain ou de Souques, mais dans la détermination aussi précise que possible en présence d'un cas de retard à la croissance, de son étiologie et de son mécanisme.

C'est ainsi seulement qu'on peut avoir quelque chance d'appliquer une thérapeutique efficace.

Il faudra donc déterminer si l'infantilisme prédomine dans le tableau clinique, nous traiterons alors cet infantilisme suivant son origine. Un examen méthodique aussi complet que possible, une observation parfois longue et patiente s'imposent.

Examen clinique complet, examen psychiatrique, recherche méthodique et précise de toute trace pathologique dans le passé des parents et des grands-parents, pour déceler une spécificité possible.

Radiographie du crâne pour déceler une tumeur hypophysaire, radiographie des poumons, car il ne faut jamais oublier le rôle possible de la tuberculose, exploration des fonctions rénales et un examen attentif du cœur et des vaisseaux car nous penserons toujours à l'association si fréquente des cardiopathies organiques avec l'infantilisme, dont l'origine par ailleurs peut rester obscure.

Ainsi nous pourrons dans certains cas déterminer la cause de l'état d'infantilisme et la traiter.

Nous passerons donc sur les chapitres de diagnostic différentiel car nous avons déjà éliminé au cours de notre description le nanisme, le gigantisme et les arrêts isolés du développement intellectuel ou du développement génital.

Les hermaphrodites ou les pseudo-hermaphrodites, l'homme efféminé (féminisme ou juvénisme) ne rentrent aucunement dans les cadres de notre étude.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Autant d'infantilismes autant de traitements. C'est dire le nombre des méthodes, des traitements employés. C'est dire aussi leur inefficacité dans des cas bien trop nombreux.

La meilleure façon de traiter l'infantilisme, ce serait d'en supprimer la cause, malheureusement le traitement étiologique est bien rarement applicable.

Nous sommes cependant en mesure de dire que le traitement de l'infantilisme du type Brissaud, par les extraits thyroïdiens secs ou parfois par des injections et absorptions de thyroxine à petites doses, donne des résultats encourageants. L'extrait thyroïdien se donne pour commencer à des doses faibles, un ou deux centigrammes pour aboutir progressivement à dix centigrammes ou même davantage parfois chez un sujet adulte.

L'administration de ce produit doit être prolongée jusqu'à ce que la modification désirée de la

croissance ait été obtenue ; mais il doit être discontinu, les périodes de traitement étant alternées avec les périodes de repos d'une semaine à dix jours, toutes les trois semaines.

L'opothérapie testiculaire ou ovarienne sera souvent associée à l'opothérapie thyroïdienne à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par jour. Enfin l'opothérapie hypophysaire à la dose de 10 à 40 centigrammes par jour d'extrait de glande totale sera fréquemment associée à l'opothérapie thyroïdienne.

On peut également adjoindre à cette médication pluriglandulaire des préparations arsenicales, des phosphates, des glycérophosphates.

Des changements surviennent, les organes génitaux se développent, la croissance des poils s'accélère, les fonctions génésiques apparaissent.

La morphologie générale subit également l'influence bienfaisante du traitement : Reprise ou arrêt (dans le cas de gigantisme) de la croissance, tendance plus ou moins accusée vers la fixation des formes.

Le psychisme bien que puéril et naïf est transformé et l'intelligence peut atteindre la limite inférieure d'une intelligence normale correspondante à l'âge du sujet.

Il n'en est plus de même dans le chétivisme,

type Lorain. Il s'agit d'un individu dont la morphologie ne peut subir de changement notable. Cependant un traitement polyhormonal par la thyroïde, l'extrait testiculaire et ovarien ou mieux par la testostérone et folliculine et surtout une hygiène bien comprise, une suralimentation riche en vitamines et en particulier en vitamines E peut diminuer la déficience sexuelle du sujet. Mais dans ce cas encore il faudra surtout traiter la cause pathogène, la tuberculose, la syphilis, l'intoxication alcoolique, le paludisme.

L'infantilisme hypophysaire a souvent une cause précise et c'est dans ce cas que le traitement étiologique aura des chances d'être efficace ; une intervention chirurgicale supprimera une tumeur hypophysaire ou bien un traitement par rayons X de région tubérienne. Un traitement diathermique par ondes courtes sur l'hypophyse et les glandes surrénales peut être tenté.

Nous pourrions énumérer également tous les cas d'infantilismes associés avec le traitement correspondant, mais le schéma du traitement pluri-glandulaire et vitaminique reste valable pour tous ces cas.

Nous répéterons encore une fois : autant d'infantilismes autant de traitements.

Le traitement restera souvent inefficace car dans

l'état actuel de nos connaissances la recherche de la cause est difficile et manque trop souvent de précision.

*
* *

Nous citerons maintenant deux observations dont la première est empruntée à Langeron.

Un garçon de treize ans, Félix B..., fils de parents dans les antécédents desquels on relève de l'éthylisme du côté paternel et une fausse couche du côté maternel, fut hospitalisé au mois de septembre 1932.

Son aspect est celui d'un myxœdémateux, faciès bouffi, pâle, cheveux raides et secs, absence totale de poils au pubis et dans les aisselles.

Taille 1 m. 30 cm. environ.

Intelligence correspondant à une intelligence d'un enfant de 8 ans. Il ne sait ni lire ni écrire. Instabilité extrême de caractère, hargneux, nerveux, avec des accès soudains de colère puérile sous des prétextes futiles. Son B. W. est négatif de même d'ailleurs que celui des parents.

Métabolisme de base abaissé de —25.

Traitement thyroïdien et orchitique : à la suite de ce traitement amélioration certaine au début sur-

tout au point de vue génital ; les organes génitaux s'accroissent en longueur et en volume et la croissance générale paraît reprendre son cours normal. Cependant il semble qu'au bout de quelques mois l'amélioration marque un temps d'arrêt.

Voici une deuxième observation d'un malade que nous avons pu observer dans le service du D^r Louis Ramond en 1934.

Il s'agit d'un homme de 34 ans qui frappe à première vue par son aspect extérieur très spécial. Il a 34 ans et on lui en donnerait à peine 20. Son visage est entièrement glabre, ses sourcils à peine esquissés, ses cheveux sont épais et bien fournis. Sa peau est fine, mais sillonnée de rides profondes au front et dans la région naso-génienne. En l'examinant on constate une petitesse extrême de ses organes génitaux, sa verge et les deux testicules ne dépassent guère les dimensions de ceux d'un enfant de 10 ans. Sur l'ensemble du corps, sur la poitrine, sur les cuisses et les jambes, sur les avant-bras, dans les aisselles il n'y a aucun poil. Sur le pubis il n'y en a guère davantage. Le thorax est étroit, 0 m. 64 de tour de poitrine, le bassin est élargi comme chez une femme. Ce qui frappe surtout c'est la dispro-

portion qui existe entre la hauteur du tronc et la longueur exagérée des membres inférieurs. Il existait d'autre part certains signes de l'origine dysglandulaire de sa maladie.

Tout d'abord une proéminence anormale du menton et des mains énormes, ce qui rappelle certaines dystrophies acromégaliques, mais ce sont là les seuls signes rattachables à un trouble hypophysaire. Les pieds sont normaux, il n'y a ni glycosurie ni albuminurie et une très légère polyurie seulement.

Nous notons également que les dents sont en très mauvais état. A ce syndrome morphologique et génital s'associe chez cet homme un syndrome psychique, son intelligence est moyenne, il répond d'une façon satisfaisante aux questions qui lui sont posées, sa mémoire paraît bonne, il sait lire, écrire et calculer.

Cependant, sa mentalité est assez puérile, il rit pour un rien et la lecture ne l'intéresse guère, il préfère regarder des images et en réalité ne songe qu'à bien boire et bien manger.

L'examen viscéral ne révèle rien, les poumons sont normaux, le cœur régulier, le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume, les réflexes ten-

dineux et cutanés sont normaux. Pas de signe de Babinski, pas de signe d'Argyll-Robertson. Ses antécédents sont les suivants : à 15 ans opération d'une hernie inguinale gauche, à 19 ans albuminurie importante qui est disparue d'une manière définitive, à 28 ans il a eu les deux jambes fracturées dans un accident. Il ne présente aucun stigmate de syphilis, son B. W. est négatif. La ponction lombaire ne montre rien d'anormal dans son liquide céphalo-rachidien.

Son père est mort à 49 ans, alcoolique invétéré ; on ne relève rien du côté de sa mère.

Tous ses frères et sœurs étaient de constitution normale. Deux frères tués à la guerre, le troisième frère plus jeune que lui est normal, marié et père de deux enfants normalement constitués.

On a appliqué à ce malade le traitement thyroïdien orchitique et hypophysaire ; l'évolution fut favorable ; la croissance des poils a repris, les formes du malade se sont étoffées, ses organes génitaux ont également repris leur croissance.

Son psychisme cependant reste inchangé.

Dans ce cas il s'agit d'infantilisme très pur, avec une note hypophysaire légère, sans troubles thyroïdiens apparents.

Le traitement opothérapique ne fut pas d'ailleurs très efficace.

Nos conclusions pourront se résumer de la façon suivante, à la fin de ce bref aperçu :

CONCLUSIONS

I. — L'infantilisme limité à la définition de Brissaud et Meige : « Persistance après la puberté des caractères de l'enfance », ne représente que l'un des aspects du problème des infantilismes.

II. — L'aspect infantile somatique ou psychologique existe dans un nombre considérable d'affections sans que l'on puisse dire qu'il domine le tableau clinique.

III. — Bien que l'on puisse attribuer à l'hypophyse une grosse quantité des cas infantiles ou pseudo infantiles, on doit tenir compte des corrélations inter-endocriniennes et se souvenir que chaque glande, en particulier, est susceptible de jouer un rôle dominant, sinon prépondérant.

IV. — L'infantilisme pourrait donc être défini : « Persistance par interaction endocrinienne, par perturbation de la fonction et non de l'organe, de certains caractères somatiques et psychiques de l'enfance au delà de l'âge où ces caractères évoluent généralement vers la maturité ».

V. — Les thérapeutiques sont basées empiriquement sur une hormonothérapie soit monovalente (lobe antérieur de l'hypophyse), soit polyhormonale. Les résultats de diagnostic permettant de contrôler, chez l'individu, qualitativement et quantitativement, les déficiences hormonales à incriminer.

Vu : *Le Doyen,*
Tiffeneau.

Vu : *Le Président,*
Léon Binet.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. Roussy.

BIBLIOGRAPHIE

- A. G. MARTAUD, JOUFS. — Infantilismes avec hypertrophie locale. (Arch. de Méd. des Enfants, tome 39, n° 7, Juillet 1936.)
- MOESSNER. — Un cas de pseudo infantilisme sexuel. (Wiener Medizinisch Wochenschrift, 6 Juin 1936, p. 634.)
- M. SCHACHTER. — Les retardataires du développement (A propos du syndrome de nanisme et infantilisme rénaux). (Rev. Méd. Franç., n° 6, Juin 1933.)
- H. SCHWALM, L. BAYER. — Geburtstraumatische schädigung des Illeosakralgelenks bei Infatilismus (Zentralbl. f. gynak 59-624-628, 16 mars 1935.)
- Eug. DE TIURZO. — L'infantilisme psychique. (La Pratique Méd. Franç., n° 14, Septembre 1932 A et B.)

TRUONG-VAN-QUE. — Un cas d'infantilisme lépreux traité par la méthode de M. L. R. Montel (bleu de méthylène intra-veineux), observation et bilan après 5 mois et 11 jours de traitement. (Bull. Soc. Méd. Chir. de l'Indochine, 13-247-256, Avril 1935.)

M. LABBÉ, R. BOULIN, F. NEPVEUX, P. UHRY. — Diabète bronzé avec infantilisme. (Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris 51 : 1.738-1.742, 23 Déc. 1935.)

L. LANGERON. — Infantilisme et hypophyse. (Journal de Méd. de Lille, n° 11, Juin 1936.)

H. BERNHEIM, L. RICHON, P. JEANDELIZE. — Observation d'un infantilisme du type Lorain. (Rev. Méd. de l'Est, 1909, XLI, 414-417.)

DANLOS. — Infantilisme de type Lorain. (Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1902, 3 s. XIX, 681-685.)

L. ETTORF. — Infantilismo distro fico familiare (tipo Lorain). (Policlinico Roma 1908, XV — Sez Prat. 851-853.)

H. MEIGE, F. ALLARD. — Deux infantiles : Infantile myxœdémateux et infantile type de Lorain (N. iconog. de la Salpêtrière, Paris 1898, XI 105-112, 3 pl.)

C. C. WANG, C. HOGDEN, M. KAUCHER, M. WING. —
Metabolic study of case of Lorain type of infantilism. (J. Biol. Chem. 100 : XCIX-C May 1933.)

AUBRY et BERTRAND FABIANI. — Infantilo-nanisme chez un indigène de 18 ans. Origine hypophysaire probable. (Soc. de Méd. d'Alger, séance 20 Janv. 1933. In : L'Algérie Médicale, Avril 1933, n° 64.)

BENMERABET. — L'infantilisme lié à l'insuffisance mécanique de l'alimentation. (Thèse Bordeaux 1933-1934.)

H. BONNIN DE GRAILLY, L. ANDRÉ. — Les syndromes de régression sexuelle et l'infantilisme réversif ou tardif de Gandy. (La Médecine, Décembre 1935.)

R. W. B. ELLIS. — Syphilitic infantilism. (Proc. Roy. Soc. Méd. 26 : 151-152, Décembre 1932.)





